

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1910-1911. — N° 108

DE
L'INFECTION PUERPÉRALE
PAR LE BACILLE DE LÖEFFLER

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

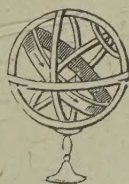
Et soutenue publiquement le 30 Juin 1911

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Jean-Alexandre GIDE

Né à Nîmes, le 23 décembre 1877.



TRÉVOUX
IMPRIMERIE JULES JEANNIN

—
1911

DE L'INFECTION PUERPÉRALE
PAR LE BACILLE DE LÖEFFLER

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1910-1911. — N° 108

DE
L'INFECTION PUERPÉRALE
PAR LE BACILLE DE LÖEFFLER

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 30 Juin 1911

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Jean-Alexandre GIDE

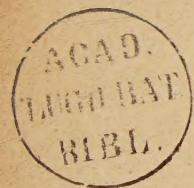
Né à Nîmes, le 23 décembre 1877.



TRÉVOUX

IMPRIMERIE JULES JEANNIN

—
1911



PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ. DOYON.
J. COURMONT ASSESSEUR.

Professeurs honoraires

MM. CHAUVÉAU, AUGAGNEUR, MONOYER, SOULIER, TRIPIER,
CAZENEUVE, LÉPINE.

Professeurs

Cliniques médicales.....	{	MM. TEISSIER.
Cliniques chirurgicales.....		ROQUE.
Clinique obstétricale et accouchements.....		BARD.
Clinique ophtalmologique.....		PONCET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....		JABOULAY.
Clinique des maladies mentales.....		FABRE.
Clinique des maladies des enfants.....		ROLLET.
Clinique des maladies des femmes.....		NICOLAS.
Physique médicale.....		PIERRET.
Chimie médicale et pharmaceutique.....		WEILL.
Chimie organique et toxicologie.....		POLLOSSON (A.).
Matière médicale et botanique.....		CLUZET.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.....		HUGOUNENQ.
Anatomie.....		MOREL.
Anatomie générale et histologie.....		BEAUVISAGE.
Physiologie.....		GUIART.
Pathologie interne.....		TESTUT.
Pathologie et thérapeutique générales.....		RENAUT.
Anatomie pathologique.....		MORAT.
Médecine opératoire.....		COLLET.
Médecine expérimentale et comparée.....		COURMONT (P.).
Médecine légale.....		PAVIOT.
Hygiène.....		POLLOSSON (M.).
Thérapeutique.....		X...
Pharmacologie.....		LACASSAGNE.
		COURMONT (J.).
		PIC.
		FLORENCE.

Professeurs adjoints

Physiologie, cours complémentaire.....	MM. DOYON.
Maladies des oreilles, du nez et du larynx.....	LANNOIS.
Pathologie externe.....	VALLAS.
Maladies des voies urinaires.....	ROCHET.

Chargés de cours complémentaires

Chimie minérale.....	BARRAL.	agréé
Propédeutique chirurgicale.....	BERARD.	—
Propédeutique de gynécologie.....	CONDAMIN.	—
Chirurgie infantile.....	NOVE-JOSSERAND.	—
Accouchements.....	COMMANDEUR.	—
Matière médicale.....	MOREAU.	—
Embryologie.....	REGAUD.	—
Anatomie topographique.....	PATEL.	—
Botanique.....	BRETIN.	—

Agrégés

MM.	MM.	MM.
SAMBUC.	LESIEUR.	LERICHE.
REGAUD.	ET. MARTIN.	THEVENOT.
COMMANDEUR.	LAROYENNE.	TAVERNIER.
GAYET.	VORON.	CADE.
NEVEU-LEMAIRE.	NOGIER.	MOURIQUAND.
PATEL.	LATARJET.	ARLOING (F.).
J. LÉPINE.	BRETIN.	GUILLEMARD.

M. BAYLE, secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. FABRE, *Président*; COLLET, *Assesseur*;

MM. COMMANDEUR et VORON, *Agrégés*.

La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE
ET DE MON BEAU-PÈRE

A MA MÈRE

A MA FEMME

A MON FILS

A TOUS LES MIENS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR FABRE

Professeur de Clinique Obstétricale à la Faculté de Lyon

AVANT-PROPOS

Monsieur le Professeur Fabre, qui nous fait aujourd'hui le grand honneur de présider cette thèse, après l'avoir inspirée, nous a accueilli avec la plus grande bienveillance, depuis près de deux années, dans son laboratoire et sa clinique. C'est à son haut enseignement que nous devons nos connaissances obstétricales. Qu'il nous soit permis de lui témoigner ici nos sentiments respectueux de reconnaissance et de vive gratitude pour ses conseils et encouragements si précieux.

A M. le professeur Collet, à M. le professeur adjoint Rochet, à MM. les professeurs agrégés Commandeur et Voron, à tous nos Maîtres enfin de la Faculté et des Hôpitaux, qui nous ont prodigué en maintes circonstances de nombreuses marques d'intérêt, nous adressons le témoignage de notre sincère reconnaissance.

Nous remercions vivement M. le docteur Bourret,

chef de Clinique obstétricale, qui, avec la plus grande amabilité, a mis à notre disposition ses observations et ses travaux personnels.

Enfin, nous prions le docteur Trillat, ancien chef de Clinique obstétricale, et le docteur Jarricot, qui fut l'ami des bons et des mauvais jours, d'accepter le meilleur et le plus sympathique souvenir.

Introduction

Sous le nom d'Infection puerpérale par le bacille de Lœffler, ou de diphtérie puerpérale, nous nous proposons d'étudier les cas dans lesquels, à la suite de l'accouchement, le bacille diphtérique, ou bacille de Klebs-Lœffler, se localise sur les voies génitales traumatisées. Il en résulte, à ce niveau comme en tout autre point de l'organisme, la production de fausses membranes assez caractéristiques, mais dont l'aspect seul est néanmoins insuffisant pour caractériser la diphtérie puerpérale vraie.

Si l'on se contente, pour faire ce diagnostic, de la seule existence, au niveau des plaies vulvo-vaginales, de membranes ou de pseudo-membranes, les cas que l'on peut réunir sont excessivement nombreux et du reste sans grand intérêt.

Il n'en est plus de même si l'on réserve le nom de diphtérie puerpérale aux seules observations dans lesquelles l'examen bactériologique a permis de dé-

celer dans les fausses membranes la présence du bacille de la diphtérie, soit seul, soit associé à d'autres micro-organismes.

Cette distinction entre les pseudo-diphtéries puerpérales et les diphtéries vraies, n'a été évidemment possible que depuis l'individualisation du bacille de Klebs-Löffler.

L'Histoire de la question, l'étude clinique des cas observés : étiologie, symptomatologie, diagnostique et traitement, feront l'objet des différents chapitres.

CHAPITRE PREMIER

Historique

Les anciens auteurs connaissaient parfaitement et signalaient fréquemment des cas d'infection puerpérale dans lesquels les voies génitales se recouvraient de sortes de productions membraneuses, et ils donnaient déjà à ces formes le qualificatif de : « *diphthériques* ou de *couenneuses*. »

Dans cette catégorie d'observations, incertaines faute de preuves bactériologiques, il nous faut ranger celles de *Chavanne* (Lyon, 1850), celle de *Malieux*, parue en 1857, dans le *Moniteur des Hôpitaux*, et celles publiées par Lusk (*Annual Meeting Vashington*, 1885) et par Garrigues (*Boston Medical and surg. journ.* 1885).

Dans le travail de ce dernier auteur, on trouve répartis 29 cas de fièvre puerpérale avec exsudat diphtérique dans la région génitale ; mais l'auteur ne fournit, bien entendu, aucune preuve de l'existence du bacille de Lœffler comme agent de l'infection.

En 1889, dans son importante thèse sur « l'Etude de l'Infection puerpérale, de la phlegmatia alba dolens, et de l'érysipèle », Widal consacre un chapitre à ce qu'il appelle « la forme diphtérique ou pseudo-membraneuse » de l'infection puerpérale.

Mais, conformément à ses idées sur l'unicité bactériologique de cette infection, l'auteur s'efforce de combattre les idées timidement émises de la nature particulière de certains cas de formes pseudo-membraneuses, et il estime que c'est le streptocoque qui, dans ces cas, est encore seul en cause.

« Le streptocoque pyogène, écrit-il, suffit à lui seul pour produire les formes cliniques diverses et les lésions anatomiques les plus variées de l'infection puerpérale à porte d'entrée utérine. Nous établirons que ce streptocoque est la cause des formes avec suppuration, des *formes pseudo-membraneuses*, des formes septicémiques sans lésions appréciables à l'œil nu, qu'il est cause encore de la phlegmatia alba dolens.

« La fausse membrane fibrineuse est un produit de néo-formation qui, pour être beaucoup plus rarement observé que le pus au cours de l'infection puerpérale, n'offre pas moins d'intérêt. Elle a tout l'aspect de celle que l'on rencontre dans la diphtérie légitime, et se présente soit associée à diverses sup-

purations, soit à l'état pur, sur la vulve, le vagin, la muqueuse utérine, les séreuses. »

Mais il n'admet pas que les pseudo-membranes de la région génitale soient de même origine que celles que l'on observe dans la diphtérie véritable, car « jamais on n'a vu marcher de pair une épidémie « de diphtérie vraie et une épidémie de diphtérie « puerpérale ; jamais on n'a vu l'une engendrer l'autre. Lorsqu'éclate par hasard dans une Maternité « un cas d'angine ou de laryngite diphtérique, ce « cas est parfois l'origine d'une épidémie d'angines « ou de laryngites analogues, mais jamais d'infection « puerpérale à forme diphtéritique. »

Aussi conclut-il à la fin du chapitre :

« 1) Les fausses membranes fibrineuses, développées au cours de l'infection puerpérale n'ont pas la moindre communauté d'origine avec celles de la diphtérie légitime.

« 2) Elles ne sont pas davantage l'expression d'une entité morbide particulière ; elles ont la même provenance que le pus des abcès et sont produites par l'action du streptocoque pyogène ».

Ces conclusions ne devaient pas tarder à être ébranlées par la constatation bactériologique du bacille de Klebs-Löffler dans un certain nombre de cas d'infection puerpérale à fausses membranes. La première constatation semble avoir été faite en France, en 1890, par Erhardt et Favre, qui publièrent dans les nouvelles Archives d'obstétrique et de gynécologie la relation d'une épidémie de diphtérie puer-

pérale survenue à la Maternité de Paris, dans le service d'accouchements de M. Guéniot.

Cette relation porte sur 33 cas ; le diagnostic de diphtérie véritable est basé : d'une part, sur la transmission d'une diphtérie oculaire à l'un des nouveaux-nés (fait qui ne nous paraît pas absolument probant), mais surtout sur une étude bactériologique très complète des fausses membranes.

Malheureusement cette étude n'a porté, nous devons le faire remarquer dès maintenant, que sur les produits provenant de 2 malades seulement ; dans ces 2 cas, M. Favre put isoler le bacille de Loeffler, et conclure par conséquent à une diphtérie puerpérale véritable. L'analogie des productions membraneuses et la notion d'épidémicité (tous les cas s'étant déclarés entre le 2 et le 21 mars) paraît aux auteurs un argument suffisant pour conclure à l'identité d'origine.

Sans vouloir discuter la valeur de cette conclusion, nous ferons état dans notre travail des documents de ces auteurs, mais après avoir bien montré les critiques qu'ils peuvent susciter.

L'importante thèse d'Andérodias (Bordeaux), si documentée et si précise sur toutes les questions qui ont trait aux rapports de la diphtérie et de la gravidité, renferme un intéressant chapitre sur la diphtérie puerpérale telle que nous l'étudions dans les suites de couches. Les considérations qui s'y trouvent exposées sont basées sur 5 observations que l'on retrouvera plus loin.

Nous avons pu, à ces observations, en ajouter

4 nouvelles publiées depuis : L'une, due à Lop, a paru dans le *Bulletin de la Société obstétricale*, en février 1904 ; deux autres, recueillies par Freund, de Strasbourg, sont rapportées dans le *Centralblatt für Gynækol*, 1905. Enfin, la plus récente, prise à la Clinique obstétricale de Lyon, a été présentée à la Réunion obstétricale de Lyon, par MM. Fabre et Bourret, dans la séance du 16 mars 1911.

CHAPITRE II

Etiologie

Après l'exposition des documents que nous avons pu réunir ci-dessous, et des observations aussi démonstratives que celle de Bumm, par exemple, il est impossible de mettre en doute l'infection à bacilles de Lœffler, se localisant sur les voies génitales plus ou moins traumatisées d'accouchées récentes. Il n'en reste pas moins vrai que les cas où l'infection diphtérique est nettement caractérisée sont relativement très rares, puisque, sans tenir compte des trente-trois observations du travail d'Erhardt et Favre, recueillies dans des conditions étiologiques un peu spéciales, nous n'avons pu réunir que neuf autres cas publiés dans la littérature. Dans ces neuf cas, la nature diphtérique de l'infection ne peut être mise

en doute, quand elle est établie par l'examen bactériologique direct des membranes au moyen de cultures par ensemencement ou, comme dans l'observation de Bumm, par des coupes anatomo-pathologiques des tissus infectés : Dans d'autres cas, comme dans l'observation de Fitz Gérard (obs. XXXIV), l'apparition d'un accident tout à fait caractéristique (une paralysie dans le cours de la convalescence), nous a paru suffisamment probante en l'absence de tout examen microscopique.

La rareté des cas d'infection puerpérale à bacilles de Loeffler tient vraisemblablement à ce que les conditions étiologiques nécessaires pour qu'une pareille localisation se produise, se trouvent rarement réunies.

Dans nos maternités hospitalières, étant données les conditions d'hygiène actuellement réalisées, les accouchées sont en général à l'abri d'une contamination, à moins cependant que n'éclate dans les locaux une véritable épidémie, comme celle qu'ont relatée Erhardt et Favre, et au cours de laquelle, dans l'espace d'un mois, 33 accouchées ont été contaminées.

Il est assez intéressant de noter que, dans presque toutes les autres observations que nous rapportons, il s'agissait de malades soignées à domicile, ou hospitalisées secondairement, alors qu'elles étaient déjà infectées.

Cela tient, à n'en pas douter, à ce que dans le milieu de la clientèle, la séparation entre les accouchées et les autres malades n'est jamais aussi bien réalisée que dans les services hospitaliers.

Le médecin-praticien qui, en clientèle, passe d'un malade à l'autre, constitue fatalement un agent de communication, et très souvent, malgré toutes les précautions prises, un agent de contamination.

Le personnel hospitalier des maternités, au contraire, exclusivement occupé au service des accouchées, et se tenant toujours, à moins de cas tout à fait particuliers, à l'écart des services de contagieux, permet un isolement plus rigoureux des malades.

Ce mode de contagion par le médecin traitant est nettement incriminé dans l'observation de Bumm.

Il est vraisemblable de l'admettre également dans l'observation de MM. Fabre et Bourret, sans qu'on ait pu cependant avoir des preuves pour l'affirmer.

Dans l'observation XXXVII, la contagion résultait de malades atteintes de diphtérie qui vinrent visiter l'accouchée.

Dans l'observation XL de Freund, l'auteur se borne à dire que l'étiologie de l'infection ne put être clairement établie. Il ajoute cependant qu'il régnait alors dans la ville une épidémie grave de scarlatine et de diphtérie.

Pour tous les autres cas signalés, l'étiologie n'a pas été notée ou établie de façon précise.

Un point intéressant à étudier est de savoir s'il existe des cas d'auto-contagion, en d'autres termes d'établir si une personne accouchant alors qu'elle a eu dans les derniers temps de sa grossesse ou qu'elle a encore une manifestation pharyngée ou autre de la diphtérie, est exposée à une localisation génitale. Incontestablement, le fait peut se produire ; mais

est-il fréquent ? Dans l'observation XXXIV il semble s'être réalisé. En effet, la malade commença à se plaindre de la gorge le lendemain de son accouchement, mais les fausses membranes n'apparurent sur la plaie périnéale que le 5^e jour.

Si nous consultons les thèses d'Andérodias et de Bernard Ollier (Paris 1905), qui étudient toutes deux les rapports de la gravidité et de la diphtérie en général, nous trouvons un assez grand nombre de cas de diphtéries pharyngées ou laryngées dont l'évolution a coïncidé avec la fin de la grossesse ou même avec l'accouchement. C'est dans ces cas surtout que l'auto-contagion des régions génitales aurait pu se réaliser, semble-t-il ; or il est intéressant de noter que dans aucune des observations rapportées, cette propagation de la diphtérie n'a eu lieu.

Dans un certain nombre de cas suivis d'autopsie, on a eu bien soin de signaler cette intégrité des voies génitales. Dans la thèse de Bernard Ollier, par exemple, une observation due à Chantemesse peut se résumer de la façon suivante :

Angine diphtérique. Accouchement spontané. Fièvre 2 jours après. Mort par extension de la diphtérie au larynx et aux bronches. A l'autopsie, il n'existait rien d'anormal du côté des voies génitales.

En terminant l'étude des conditions étiologiques de la diphtérie puerpérale, il convient de signaler l'influence nettement favorisante que paraissent avoir les plaies périnéales et les érosions de la fourchette et des grandes lèvres. Il semble que le bacille de Lœffler se développe plus facilement sur les plaies super-

ficielles exposées à l'air, et qu'il ne gagne en général que secondairement les régions profondes ; il y a lieu de tenir compte dans ce fait, de la plus grande facilité d'inoculation des régions superficielles plus facilement accessibles aux agents de contamination.

Des lésions de la fourchette ou des grandes lèvres se trouvent notées dans 10 observations, et des déchirures un peu importantes du périnée dans cinq des ces observations (34, 35, 40, 41, 42).

CHAPITRE III

Symptomatologie

Les signes cliniques par lesquels se manifeste l'infection puerpérale à bacille de Lœffler, méritent de nous arrêter longuement, car, comme nous allons le voir, il est possible, en étudiant soigneusement les observations publiées, d'établir un certain nombre de particularités susceptibles d'attirer l'attention et de faire soupçonner quelque chose d'anormal dans l'infection constatée, car la contamination des régions génitales par le bacille diphtérique se manifeste d'abord par des signes d'infection, et le diagnostic primitif sera, le plus souvent, celui d'infection puerpérale banale.

1) *Date d'apparition de l'infection.* — Elle n'a rien de bien caractéristique, peut être très variable sui-

vant les cas et en rapport sans doute avec le moment de la contamination, celle-ci pouvant se produire à un moment quelconque des suites de couches. Dans la plupart des observations, c'est le troisième ou le quatrième jour que se sont manifestés les premiers accidents infectieux : dans ces cas, la contagion remontait vraisemblablement au moment même de l'accouchement.

Frømmé, dans l'article consacré à la diphtérie puerpérale de son récent traité sur les suites de couches (Berlin, 1910), fixe de deux à six jours le temps d'incubation. L'observation XXXVI, due à Williams, est un type d'infection tardive qui se manifeste seulement au treizième jour.

2) *Production des fausses membranes.* — C'est le caractère le plus particulier de l'infection à bacille de Lœffler du côté des régions génitales traumatisées, comme du côté du pharynx ou du larynx. Ces fausses membranes débutent habituellement au niveau d'éraillures siégeant, soit au périnée, soit sur les grandes ou les petites lèvres. De là elles peuvent gagner les parois du vagin, le col et même la cavité utérine proprement dite sur une étendue variable.

Ces membranes sont assez épaisses, pouvant atteindre 1^m/_m. Elles adhèrent assez fortement aux tissus sous-jacents, dont on ne peut les détacher qu'en provoquant des éraillures et de petites hémorragies.

Une fois détachées, elles conservent leur aspect de membranes suffisamment consistantes pour ne se

désagréger qu'incomplètement, même au sein d'un liquide. Leur coloration est d'un blanc luisant, caractéristique pour Bumm et pour Fromme ; la surface est habituellement crevassée et inégale ; leur périphérie est entourée d'une auréole rouge inflammatoire.

3) *Œdème des organes génitaux externes.* — Ce signe nous semble avoir une certaine valeur au point de vue du diagnostic de la diphtérie vulvaire. Il était tout à fait impressionnant dans le cas que nous avons pu observer. Il est également signalé dans l'observation de Bumm ; on le constate surtout au niveau des grandes lèvres. C'est un symptôme qui n'existe généralement pas dans les infections puerpérales banales.

4) *Retentissement ganglionnaire.* — C'est également un signe de très grande valeur ; nous le trouvons noté d'une façon précise dans douze observations ; dans ces douze cas, l'engorgement ganglionnaire fut signalé comme précoce ; dans la moitié des cas, on le trouva bilatéral ; dans l'autre moitié unilatéral, suivant vraisemblablement le siège des éraillures ou des déchirures.

Il est permis de supposer que, dans nombre d'autres cas, l'adénopathie existait, bien que n'ayant pas attiré l'attention des observateurs.

Bien que cette adénopathie ne soit peut-être pas absolument constante, comme dans les autres localisations de la diphtérie, elle est, semble-t-il, un signe assez particulier de cette infection et mérite, dans tous les cas, d'être soigneusement recherchée.

5) *Paralysie des sphincters.* — On la trouve notée dans plusieurs observations.

Obs. I, incontinence des matières. Obs. XXXVI, incontinence d'urine. Obs. XLII, incontinence des matières.

Il ne semble pourtant pas, comme l'idée pourrait en venir au premier abord, qu'il faille rattacher ces paralysies à l'action particulière des toxines diphtériques sur le système nerveux. Les paralysies diphtériques sont en effet, en général, des manifestations tardives apparaissant surtout dans la convalescence, tandis que dans les trois cas signalés, l'incontinence soit des matières fécales, soit des urines, a succédé assez rapidement au traumatisme obstétrical ; en outre, dans les deux cas d'incontinence des matières et particulièrement dans le cas observé à la Clinique, l'action directe du traumatisme est d'autant plus évidente qu'il existait une large déchirure du périnée.

6) *Les symptômes généraux*, enfin, présentent dans l'étude clinique de la diphtérie puerpérale un grand intérêt, à cause des particularités assez nombreuses susceptibles d'être relevées dans les différentes observations.

a) La fièvre existait dans tous les cas où la diphtérie vulvaire a été grave. Elle semble pouvoir faire complètement défaut dans les cas en général bénins.

Sans tenir compte, à ce point de vue, des observations du travail d'Ehrhart et Favre, qui manquent pour la plupart du criterium bactériologique, nous

devons signaler que l'absence de fièvre a été notée également dans les observations XXXVI et XXXVIII, où l'examen bactériologique avait été positif. Dans tous les autres cas, il y a eu de la fièvre.

Celle-ci est apparue en général d'une façon précoce et le plus souvent même elle a constitué la première manifestation de l'infection. La date d'apparition n'ayant aucun caractère spécial, c'est encore une cause d'erreur possible avec un début d'infection puerpérale proprement dite à streptocoque.

L'importance de l'élévation thermique n'a rien non plus de bien probant ; fugace et peu marquée dans les cas bénins, elle est au contraire accentuée et de types très divers dans les cas graves.

Une particularité qui mérite d'être notée, est l'heureuse influence des injections de sérum antidiphtérique sur la courbe de température. Chaque injection est, en général, suivie d'une chute d'abord passagère, puis définitive de la fièvre. Bumm a insisté spécialement sur ce fait dans son observation ; il est également signalé dans celles de Lop et de Freund.

b) *Le pouls*, en général simplement noté dans la plupart des observations, n'est étudié de façon méthodique et précise que dans celle de Bumm.

Cet auteur établit sur un graphique la courbe de la température et celle du pouls, et fait remarquer : que la ligne du pouls reste au-dessus de celle de la température, tant que la diphtérie évolue, soit dans la bouche, soit dans la région génitale.

Les deux lignes se croisent à un seul moment : au

onzième jour, alors que sous l'influence des injections de sérum, la diphtérie vulvaire est à peu près guérie. Mais dès le lendemain, nouvelle ascension de la courbe des pulsations au-dessus de la courbe thermique ; c'est au moment de l'apparition de la localisation diphtérique au pharynx et aux fosses nasales. A partir de ce moment la ligne du pouls se maintient de façon constante au-dessus de la ligne de température, et ne revient à la normale qu'à une période déjà avancée de la convalescence, au vingt-quatrième jour des suites de couches.

Dans le cas que nous avons observé, le pouls se maintint constamment rapide, variant entre cent vingt-quatre et cent quarante pulsations à la minute, extrêmement mou et de faible tension.

c) Parmi les autres symptômes généraux qui semblent être plus particulièrement observés au cours de l'infection puerpérale à bacille de Loeffler, il nous faut surtout signaler l'état de prostration et de somnolence qui est noté dans plusieurs de nos observations, ainsi que les douleurs de tête. La malade de Bumm, une femme anémique et faible, se trouvait dans un état de somnolence marquée, mais cependant répondait aux questions ; elle se plaignait toujours d'un violent mal de tête.

Notre malade, au moment de l'entrée dans le service était extrêmement affaiblie, d'une pâleur intense. Elle répondait péniblement aux questions posées, ses yeux se fermaient par moment, ses bras, qu'on tentait de soulever, retombaient inertes. Dans l'observation on a également signalé, dès le début des

accidents, une dyspnée très marquée, due probablement à l'intoxication et indépendante de tout obstacle mécanique sur les voies respiratoires; elle ne s'est du reste jamais accompagnée ni de tirage, ni de cornage.

Ces différents symptômes ne sont, bien entendu, signalés que dans les diphtéries graves; ils manquent complètement dans les formes bénignes.

CHAPITRE IV

Diagnostic, Pronostic, Prophylaxie et Traitement

§ I. DIAGNOSTIC.

Le diagnostic de l'infection puerpérale à bacille de Lœffler est à faire surtout avec les infections dues à d'autres microbes, susceptibles de produire, eux aussi, au niveau des parties génitales traumatisées, des formations ressemblant à des fausses membranes.

C'est spécialement dans les infections à streptocoques que de semblables productions peuvent être observées.

L'existence de ces infections puerpérales streptococciques pseudo-diphtériques est connue depuis fort longtemps, et leur fréquence avait même conduit

certain auteurs à considérer le streptocoque comme l'unique agent pouvant donner naissance à tous les enduits membraneux observés, dans les suites de couches, sur les régions vulvaires.

Les observations rapportées ici établissent de façon indiscutable l'existence, dans certains cas, d'infection à bacilles de Loeffler.

Comment distinguer une forme de l'autre ?

Cliniquement, la distinction est souvent difficile.

Cependant, dans les cas d'infection exempte de bacille diphtérique, l'aspect des membranes est assez particulier ; il s'agit d'un enduit pseudo-membraneux qui recouvre les éraillures, plutôt que d'une véritable fausse membrane ; il est difficile de détacher ce simple enduit, très adhérent, des tissus sur lesquels il repose.

Le bacille de Loeffler, au contraire, forme, à la région génitale comme ailleurs, de véritables membranes consistantes qui peuvent être détachées en lambeaux plus ou moins étendus, et qui se désagrègent assez difficilement.

Au point de vue anatomo-pathologique, la constitution des pseudo-membranes est tout à fait différente : dans le cas d'infection streptococcique, l'enduit est constitué uniquement par une certaine épaisseur de tissus nécrosés, tandis que la membrane diphtérique est formée essentiellement par une épaisseur considérable de fibrine, dont les couches profondes renferment le bacille de Loeffler en grande quantité (Bumm).

Malgré ces caractères particuliers, le diagnostic

peut être souvent difficile à établir, si l'on s'en tient à l'étude clinique seule. Aussi, au niveau des régions vulvaires comme au pharynx, c'est l'examen bactériologique qui doit trancher le diagnostic dans les cas douteux.

Cet examen est indispensable, et l'on ne devra, comme nous l'avons fait nous-mêmes, considérer comme de l'infection puerpérale à bacille de Lœffler, que les cas ainsi contrôlés.

C'est encore l'étude bactériologique par cultures en différents milieux qui permettra d'établir, de façon certaine, l'existence d'une infection polymicrobienne comme dans le cas de l'observation prise à la Clinique obstétricale, où se trouvaient associés du Lœffler et du streptocoque.

Parfois aussi, la première culture établissant, de façon très nette, la présence du streptocoque, on pourra être porté trop facilement à attribuer à ce seul microbe l'infection observée. Ces cas d'infection mixte sont donc des plus importants à connaître.

§ II. PRONOSTIC.

Il est curieux de noter que, sur l'ensemble des 43 observations rassemblées, le pronostic n'a été fatal que dans un seul cas. Faut-il conclure à une bénignité relative de la diphtérie puerpérale ? Nous ne le croyons pas.

Il faut remarquer, en effet, que les 33 observations empruntées au travail d'Erhardt et Favre ne se rapportent qu'à des cas extrêmement bénins, ayant

évolué vers la guérison en l'absence de tout traitement spécifique. D'autres observations, entre autres celle de Favre en 1899, où la guérison fut obtenue à la suite d'applications locales, sont à ranger dans la même catégorie.

Dans tous les autres cas d'infection sérieuse, la guérison ne survint qu'à la suite d'injections de sérum antidiphtérique. Chez certaines malades, elle s'accompagna de complications plus ou moins graves : La malade de Fitz Gérard eut une paraplégie qui dura 9 semaines. Celle de Bumm et celle que nous avons vue à la Clinique présentèrent, au cours ou à la fin de l'évolution de la diphtérie puerpérale proprement dite, une localisation grave au niveau du pharynx ou du nez.

La diphtérie a été transmise au nourrisson dans trois cas : celui de Gérard, celui de Williams, et le premier de Freund.

Dans le cas observé à la Clinique, nous avons eu à déplorer la mort de notre malade. Cela tient sans doute à ce que le diagnostic bactériologique et, comme conséquence, le traitement par le sérum n'ont été établis que tardivement ; mais aussi, il est permis de le croire, à l'association microbienne en face de laquelle on s'est trouvé. Dès l'entrée de la malade dans le service, la culture des lochies par la méthode du Blut-agar, avait en effet révélé la présence d'une grande quantité de streptocoques pyogènes ; leur présence était tellement nette, que l'on crut pouvoir attribuer à ce seul agent tous les signes d'infection grave que présentait la malade. Il n'est pas douteux

que l'association avec le streptocoque aggrave considérablement la diphtérie des voies génitales. C'est du reste cette même association au niveau du pharynx que l'on tend de plus en plus à rendre responsable des angines ou laryngites diphtériques malignes; l'infection qu'elle peut réaliser après l'accouchement ne doit pas, sans doute, être moins redoutable.

La présence du streptocoque associé au bacille de Lœffler est cependant notée aussi dans les deux observations de Freund qui se terminèrent néanmoins par la guérison.

Mais il importe de remarquer que, dans ces examens bactériologiques, l'auteur signale le streptocoque en très petite quantité. Il écrit, en effet, dans sa première observation :

« La recherche bactériologique révéla la présence de bacilles de Lœffler et de quelques streptocoques », et dans la seconde :

« Dans l'enduit blanc grisâtre qui tapissait la plaie périnéale, on trouvait des bacilles de la diphtérie presque à l'état de pureté, avec seulement quelques streptocoques ! »

Or, ainsi que le dit très bien Agasse Lafont dans son récent traité, à propos précisément des recherches du bacille diphtérique, il ne suffit pas de constater par examen direct ou par culture la présence de quelques rares microbes, pour parler d'association microbienne : l'association n'est caractéristique et redoutable que lorsque le microbe associé est en grande abondance, prédominant largement sur les autres espèces, le bacille diphtérique excepté.

Il y aurait lieu de se demander également si, dans ces cas, il s'agissait bien du streptocoque virulent, pyogène et résorbant, ou simplement d'une variété plus ou moins saprophyte.

Bumm, dans son travail déjà souvent cité, est du reste parfaitement convaincu de l'action essentiellement aggravante qui doit résulter de l'association du streptocoque et du bacille de la diphtérie, car il dit à la fin de son observation : « L'absence du streptocoque pendant toute l'évolution du processus diphtérique est extraordinairement favorable pour les malades et plus important que toute thérapeutique. Des cas comme le mien, où la diphtérie est pure, ont, comme le montrent les cas de diphtérie de la gorge, même très étendus, un pronostic bien meilleur que les formes combinées avec infection septique. Cela doit être encore plus vrai dans la diphtérie puerpérale que dans la diphtérie de la gorge, parce qu'au niveau des voies génitales on n'a pas à redouter, comme au larynx, des dangers d'étouffement, même dans les cas d'extension très marquée des membranes. »

§ III. — PROPHYLAXIE.

Il résulte de l'étude étiologique et du résumé des différentes observations, des indications prophylactiques très nettes, qui sont celles employées vis-à-vis de toute infection : c'est d'abord l'observation rigoureuse des règles de la plus stricte asepsie, en ce qui concerne la désinfection des mains, des instruments, du matériel de pansement et de la literie.

La seconde indication qui s'impose, sera l'isolement des accouchées, isolement plus facile à réaliser dans les services hospitaliers qu'en clientèle, mais qu'il faudra s'efforcer d'obtenir dans tous les milieux, l'interdiction de laisser visiter les accouchées par des personnes étrangères constituant une protection déjà très efficace et toujours applicable.

§ IV. — TRAITEMENT.

Les observations que nous avons recueillies, et dont tous les cas sérieux traités par le sérum antidiphtérique ont guéri, sont nettement favorables à l'emploi de cette méthode thérapeutique.

La relation très bien étudiée de Bumm, de même que celles de Freund, montrent clairement une amélioration, survenant au moins dans la marche du pouls et de la température, après chaque injection. De même la malade de Lop fut soignée pendant 18 jours sans résultat, par des injections bi-quotidiennes intra-utérines, par des injections de sérum de Marmorek et même des écouvillonnages ; par contre, deux jours après les premières injections de sérum antidiphtérique, la température baissa. Les fausses membranes vulvo-vaginales disparurent, et l'utérus termina son involution jusque-là arrêtée.

L'efficacité du sérum ne paraît donc pas douteux et c'est à ce moyen thérapeutique qu'il faut avoir recours dès que le diagnostic de diphtérie puerpérale est établi.

Il nous semble pourtant intéressant de faire remarquer que, dans l'observation de Bumm, ces injec-

tions, pratiquées pour la diphtérie vulvaire, n'ont pas agi d'une façon préventive vis-à-vis de la diphtérie laryngée et nasale, qui est apparue ultérieurement chez la malade, alors que les fausses membranes de la région génitale étaient en pleine voie de regression.

Dans toutes les observations, le traitement local n'a rien présenté de bien spécial. Chaque auteur s'est adressé, suivant ses habitudes, aux antiseptiques connus. A part les cas tout à fait bénins, et d'ailleurs mal caractérisés, où le traitement local a paru avoir une action suffisante, il est hors de doute que dans la diphtérie puerpérale vraie, comme dans les autres localisations du bacille de Lœffler, c'est surtout le traitement sérothérapique qui a l'action la plus favorable et la plus nette.

Cette nécessité d'un traitement spécifique donne une importance toute particulière à la connaissance des rares cas de diphtérie vulvaire dans les suites de couches, dont l'existence ne peut plus actuellement être niée.

Observations

Observations du travail d'Erhardt et Favre

OBSERVATION I.

La nommée J..., primipare, accouchée spontanément le 2 mars 1890, à la Maternité, au terme de 8 mois.

Placée salle Baudelocque, n° 16, à proximité des lieux d'aisance alors en démolition, elle présente, le 8^e jour de ses couches, des fausses membranes jaunâtres, irrégulières et consistantes, développées sur des lésions de la fourchette et de la face interne des grandes lèvres. Ces exsudats membraniformes, très adhérents, à marche extensive, gagnent bientôt les parois du vagin. Ensemencement du produit de râclage sur gélose. Adénopathie inguinale précoce, bilatérale. Pendant plusieurs jours, incontinence des matières fécales. On pense d'abord à une paralysie des

sphincters, mais son peu de durée et sa coïncidence avec une lésion du périnée font rejeter cette hypothèse.

Cette femme a longtemps présenté une température élevée, montant à plusieurs reprises jusqu'à 40°. Elle fut traitée par des injections intra-utérines et des applications de glycérine iodoformée. Elle présenta au niveau du périnée une perte de substance assez considérable, consécutive à la chute d'une eschare. Les fausses membranes, assez longues à disparaître, cédaient sous l'influence de l'eau oxygénée. La malade mourut quelques mois plus tard d'une pleurésie séro-fibrineuse.

OBSERVATION II.

St..., placée salle Dubois, n° 17, a, le 2 mars 1890, immédiatement après son accouchement, une hémorragie intense par inertie utérine.

Le 8^e jour, plaques diphtéritiques à l'entrée du vagin et sur la partie inférieure de la face interne des grandes lèvres. Suites de couches compliquées d'élévation de température (Le maximum a été de 39°6), de frissons et de douleurs utérines.

Part guérie le 14 mars.

OBSERVATION III.

La nommée S..., primipare, salle Baudelocque, n° 2, accouche spontanément à terme, le 4 mars 1890.

Fausses membranes vulvaires et vaginales guéries le 12^e jour. La température la plus élevée a été 37°8.

Quitte la Maternité en bon état le 17 mars.

OBSERVATION IV.

P..., salle Dubois, accouchée le 5 mars 1890, présente le 12^e jour de ses couches, sur la face interne de la grande lèvre droite, une plaque diphtéritique traitée par la glycérine iodoformée. N'a jamais eu de sensibilité du ventre. Température normale, sauf un 38°9 le dixième jour.

Part guérie le 18 mars.

OBSERVATION V.

Accouchée le 6 mars 1890, la nommée M. est placée salle Baudelocque. Suites de couches compliquées de fausses membranes à l'entrée du vagin.

Température normale, sauf un soir 38°2.

Sort guérie le 18 mars.

OBSERVATION VI.

S..., primipare, salle Baudelocque, n° 14, accouche spontanément, au terme de 8 mois, le 6 mars 1890.

Exsudat membraniforme sur la face interne de la petite lèvre droite. La température n'a été élevée que le 4^e jour de ses couches (40°6).

Part en bon état le 16 mars.

OBSERVATION VII.

B..., salle Baudelocque, n° 1, accouche le 7 mars 1890.

Délivrance artificielle une heure après l'accouchement.

Le 3^e jour, fausses membranes sur une érosion de la fourchette et sur une fissure de la grande lèvre gauche.

Adénite inguinale gauche précoce.

Ni frisson, ni sensibilité du ventre, malgré une température qui est montée jusqu'à 39°9.

Part guérie le 18 mars.

OBSERVATION VIII.

R..., salle Dubois, n° 24, accouche spontanément, le 7 mars 1890. Le 2^e jour de ses couches, plaques diphtéritiques au niveau d'une éraillure du périnée et de la face interne de la grande lèvre droite.

Frissons. Douleurs utérines. À deux reprises, 39°9.

Part le 23 mars en bon état.

OBSERVATION IX.

G..., multipare, salle Baudelocque, n° 8, accouche le 8 mars 1890. Le 8^e jour, fausses membranes sur une lésion de la fourchette. Suites de couches et température normales.

Sort guérie le 17 mars.

OBSERVATION X.

C..., salle Baudelocque, n° 28, accouche le 8 mars 1890.

Le 2^e jour, fausses membranes au niveau de la fourchette et de la face interne des grandes lèvres.

Suites de couches compliquées d'élévation de température (40°4 le 9^e jour) et de douleurs utérines.

Quitte la Maternité le 23 mars, après complète guérison.

OBSERVATION XI.

La nommée D..., salle Dubois, n° 28, accouche le 10 mars 1890. Le 2^e jour, plaques sur la petite lèvre droite.

Température normale, sauf le 8^e jour des couches où elle est montée à 38°.

Part en bon état le 20 mars.

OBSERVATION XII.

N..., salle Dubois, n° 23, accouche le 10 mars 1890.

Plaques diphthéritiques vulvaires le 8^e jour. Température normale. Guérison et départ le 18 mars.

OBSERVATION XIII.

G..., salle Baudelocque, n° 30, accouche spontanément le 10 mars 1890. Le 2^e jour, fausses membranes à la face interne de la grande lèvre gauche. Ganglions inguinaux, gauches précoces. Température normale, sauf le 5^e jour, 38°1. Part guérie le 20 mars.

OBSERVATION XIV.

P..., primipare albuminurique, salle Dubois, n° 5, accouche le 11 mars 1890. Le 5^e jour, fausses membranes sur une érosion du périnée et à la face interne des grandes lèvres. Adénopathie inguinale bilatérale, température normale. Sort guérie le 24 mars.

OBSERVATION XV.

Ch..., salle Dubois, n° 14, accouche le 12 mars 1890. Le 4^e jour, plaques périnéales. Suites de couches compliquées de frissons et de douleurs utérines. Elévation de la température jusqu'à 39°4.

Guérison et sortie le 24 mars.

OBSERVATION XVI.

G..., salle Dubois, n° 27, accouchée le 13 mars 1890, présente le 4^e jour de ses couches quelques fausses membranes à la face interne des grandes lèvres.

Température normale. Part guérie le 22 mars.

OBSERVATION XVII.

B..., salle Dubois, n° 18, accouche le 12 mars 1890. Le 3^e jour de ses couches, fausses membranes à la partie inférieure de la face interne des grandes lèvres. Engorgement des ganglions inguinaux des deux côtés. Température normale. Sort guérie le 23 mars.

OBSERVATION XVIII.

B..., salle Baudelocque, n° 11, accouche le 13 mars 1890. Offre le 3^e jour, sur une érosion du périnée, des fausses membranes s'étendant sur la face interne de la grande lèvre droite. Ganglions inguinaux droits engorgés. Température normale. Sort guérie le 22 mars.

OBSERVATION XIX.

D..., salle Dubois, n° 25, accouche le 14 mars 1890. Sur la face interne des petites lèvres, fissures linéaires recouvertes de fausses membranes. Température normale.

Part en bon état le 24 mars.

OBSERVATION XX.

B..., salle Dubois, n° 16, accouche le 14 mars 1890. Le 3^e jour, plaques périnéales. Température normale, sauf le 5^e jour (38°6), où elle accuse quelques douleurs du côté de l'utérus. Quitte la Maternité le 22 mars, avant la disparition complète des exsudats.

OBSERVATION XXI.

B..., salle Dubois, n° 2, accouche le 14 mars 1890. Le deuxième jour, plaques sur la face interne des grandes lèvres, ganglions inguinaux bilatéraux précoces. Température normale, excepté le 7^e jour des couches (38°8). Ni frisson, ni sensibilité du ventre. Part guérie le 22 mars.

OBSERVATION XXII.

G..., salle Baudelocque, n° 4, accouche le 15 mars 1890. Le 2^e jour, exsudats fibrineux sur une érosion de la fourchette et de la grande lèvre droite. Température normale. Sort guérie le 24 mars.

OBSERVATION XXIII.

M..., salle Baudelocque, n° 22, accouche le 15 mars 1890. Le 2^e jour, fausses membranes sur la face interne des petites lèvres. Ganglions inguinaux bilatéraux précoces. Température normale. Guérison et sortie le 23 mars.

OBSERVATION XXIV.

T..., salle Baudelocque, n° 3, accouche le 15 mars 1890. Le 2^e jour, fausses membranes siégeant sur une lésion de la petite lèvre gauche. Adénite inguinale gauche. Température normale. Sort guérie le 23 mars.

OBSERVATION XXV.

M..., accouchée et délivrée en ville, le 17 mars 1890. Albuminurique et éclamptique, est placée salle Baudelocque, n° 18. Le 3^e jour, plaques assez étendues sur la face interne de la grande lèvre gauche.

Température normale. Sort guérie le 24 mars.

OBSERVATION XXVI.

B..., salle Dubois, n° 29, accouche le 15 mars 1890. Le 2^e jour, fausses membranes sur la face interne des petites lèvres et sur la partie inférieure des grandes lèvres. Suites de couches normales. Température normale. Part guérie le 25 mars.

OBSERVATION XXVII.

M..., salle Dubois, n° 15, accouche le 14 mars. Le 3^e jour, fausses membranes sur la face interne des grandes lèvres : adénite inguinale bilatérale précoce. Température normale. Part en bon état le 25 mars.

OBSERVATION XXVIII.

Pl..., salle Dubois, n° 16, accouche le 23 mars 1890. Fausses membranes sur la fourchette et le périnée. Température normale, sauf le 8^e jour, 38° 2. Pas de frisson, ni de sensibilité du ventre. Guérison et départ le 2 avril.

OBSERVATION XXIX.

B..., salle Dubois, n° 26, accouche spontanément le 15 mars. Le 9^e jour, fausses membranes au niveau des lésions intéressant la face interne de la petite lèvre droite et de la grande lèvre gauche. Température normale. Sort guérie le 28 mars.

OBSERVATION XXX.

C..., salle Dubois, n° 18 bis, accouche de jumeaux le 10 mars 1890. Le 3^e jour, fausses membranes sur la face interne des grandes lèvres. Température maxima, 38°5, sort guérie le 27 mars.

OBSERVATION XXXI.

M..., salle Dubois, n° 4, accouche le 27 mars 1890, fausses membranes à la partie inférieure de la vulve. La température est montée à 39°2, le lendemain de l'accouchement, puis est restée normale.

Ni frisson, ni sensibilité du ventre.

Guérison et départ le 1^{er} avril.

OBSERVATION XXXII.

H..., salle Dubois, n° 13, accouche le 14 mars 1890. Le 3^e jour de ses couches, plaques sur une lésion de la face interne de la petite lèvre droite et sur un débris de l'hymen.

Température maxima, 38°8, douleurs utérines.

Part guérie le 27 mars.

OBSERVATION XXXIII.

B..., salle Baudelocque, n° 9, présente un placenta prævia, hémorragie pendant le travail. Version pelvienne par manœuvres internes, le 15 mars 1890. Le 2^e jour, fausses membranes sur une lésion de la fourchette, s'étendant sur la face interne de la grande lèvre droite.

Adénite inguinale droite. Température maxima, 39°5.

Ni frisson, ni sensibilité du ventre, guérison et sortie le 30 mars.

OBSERVATION XXXIV.

Fitz GERALD, *Brit. M. J. London*, 1895.

(rapportée dans la thèse d'Anderodias).

M^{me} R..., primipare, accouche le 17 octobre 1895.

Une application de forceps fut nécessaire et occasionna une déchirure du périnée, rétablie au moyen de deux points de suture. Le lendemain, elle se plaignait de malaises et de mal à la gorge. On remarquait une rougeur générale du gosier. Le 5^e jour, les surfaces déchirées du périnée étaient désunies et les points de suture déplacés. Le 8^e jour, la température atteignait 39°4. La malade accusait toujours de violentes douleurs au périnée. Sur le côté de la déchirure, on remarquait une membrane blanc sale. A la séparation du cordon, le 6^e jour, on note une membrane analogue à

l'ombilic de l'enfant. Ce dernier dépérissait et mourait le 7 novembre. Le gosier de la mère et celui de l'enfant présentaient le même aspect. Chez la mère, un traitement approprié faisait disparaître la fausse membrane et la déchirure se cicatrisait.

Le 20 décembre, la malade, frappée de paraplégie, dut garder la chambre neuf semaines.

Cette complication, en l'absence d'examen bactériologique rapporté dans l'observation, permet semble-t-il, de ne pas mettre en doute la nature véritablement diphtéritique des fausses membranes observées sur la plaie périnéale, dans la gorge de la mère, et sur l'ombilic du nourrisson.

OBSERVATION XXXV.

BUMM (*Zeitschr. für Geburt und Gynækol.*, 1895, Bd. 33).

Femme de 21 ans, accouchée le 16 mars, par un forceps facile, de deux jumeaux. Dans la maison et dans la localité, il n'y avait aucun cas de fièvre puerpérale, ni même aucune maladie contagieuse. Le médecin traitant avait, le jour de l'accouchement, soigné dans une localité voisine des enfants atteints de diphtérie. Avant la fin de l'accouchement, il avait entrepris une désinfection si profonde, que quatre jours après il présentait encore des manifestations d'eczéma sur les mains.

Les deux premiers jours des suites de couches se passèrent normalement ; le soir du troisième, l'accouchée ne

se sentit pas très bien et se plaignait surtout d'un fort mal de tête. Le thermomètre monta à 41°2, et il y eut un grand frisson.

Le lendemain, amélioration notable, la température était à 37°5. On pratique une injection de lysol dans l'utérus et le vagin. Le soir, les symptômes redeviennent inquiétants.

Le sixième jour à midi, la température était de 39°2, le pouls à 112, régulier et fort. La malade, une femme anémique et faible, se trouvait dans un état de somnolence marquée, mais répondait cependant de façon correcte à nos questions : elle se plaignait toujours d'un violent mal de tête. La langue était humide et blanche, les organes thoraciques normaux. Il n'existait aucune manifestation de la maladie sur l'abdomen. Celui-ci n'était ni distendu, ni douloureux. L'utérus était très bien perçu à une main au-dessus du pubis, et il n'était pas douloureux, pas plus que les annexes. Les urines étaient rares, avec un léger disque d'albumine.

Les petites lèvres, légèrement œdémateuses, étaient recouvertes sur leur surface interne d'une surface diphtérique s'étendant jusque sur le bord et environnées d'une aréole rouge.

La membrane était d'un blanc luisant, légèrement crevassée et inégale sur sa surface et épaisse de plus d'un millimètre. Elle était assez adhérente, et si on essayait de la détacher, on provoquait une hémorragie. Cet enduit blanchâtre s'étendait sur la vulve et jusque sur le méat urinaire, qu'elle entourait d'un véritable prolongement dentelé. Il n'y avait pas de déchirure périnéale.

Comme la vulve, le vagin était aussi tapissé d'un enduit blanchâtre ; on voyait bien les replis et les sillons de la muqueuse ; mais nulle part on ne reconnaissait la surface

rouge de celle-ci. La région des culs de sac et le col même, autant qu'on pouvait le voir, étaient aussi recouverts de l'enduit blanchâtre. Il existait un écoulement fluide, séreux, absolument sans odeur.

L'examen au speculum de Cusco n'était pas douloureux. En somme, trois caractères frappaient dans l'examen ; la couleur blanc luisant des membranes, leur étendue sur toute la surface du tractus génital, et leur manque complet d'aspect inflammatoire.

De plus, il n'existait aucun processus d'infection intéressant le paramétrium, ni le péritoine. Or, la péritonite ne manque presque jamais dans les processus septiques avec fort enduit membraneux.

Tout cela me décida à détacher et à prendre, pour l'examen, de petits fragments de l'enduit des lèvres, du col, du vagin et de la vulve.

L'examen montra que les membranes ne renfermaient aucun streptocoque ; ces microorganismes si difficiles à ne pas remarquer, ne furent rencontrés ni dans les préparations, ni dans lesensemencements.

Dans la couche superficielle des membranes, on observait un gros diplocoque. Les couches profondes contenaient le bacille de Loeffler en grande quantité. Il me parut intéressant de comparer la constitution histologique de ces membranes avec celle que l'on observe dans l'infection septique.

Ce qui n'avait pas servi aux cultures, fut inclus dans la celloïdine et coupé. Comme il ressort des figures représentées dans le mémoire, les coupes sont très démonstratives. Le caractère distinctif essentiel est l'existence d'une couche de tissus nécrosés dans les cas d'infection streptococcique, tandis que dans la diphtérie puerpérale il existe une épaisse couche de fibrine. Malheureusement, malgré beaucoup de

peine, il est difficile de montrer les bacilles sur les préparations.

Du reste, la suite clinique de la maladie rendit indiscutable le diagnostic de diphtérie authentique. En effet, lorsque le bacille diphtérique eut été mis en évidence dans les cultures, je fis pratiquer des injections de sérum aux 8^e, 9^e, 11^e et 12^e jours. L'action sur la température et le pouls fut évidente, ainsi que le montre la courbe rapportée dans le travail.

La première injection fut suivie d'une chute évidente de la fièvre et de la fréquence du pouls, qui se releva pourtant les jours suivants, pour tomber de nouveau après la deuxième injection. Le jour suivant, comme il n'y avait pas de température, les injections furent interrompues ; le 11^e jour, la température étant remontée à 39°, la troisième injection fut faite. De nouveau, chute de la température à 38°, et l'on voit sur la courbe que, pour la première fois, la courbe du pouls et celle de la température se croisent, le pouls se maintenant à 112 pour une température de 38°.

Au 12^e jour, quatrième injection qui n'amène aucun abaissement de température ; celle-ci monte au contraire à 40°6, tandis que le pouls devient fréquent (130) et petit. A partir de ce moment, la ligne du pouls reste au-dessus de la ligne de la température, et ne reviendra à la normale « qu'à une période déjà avancée de la convalescence, au « 24^e jour des suites de couches.

« Ces phénomènes s'expliquaient par l'apparition, au « 11^e jour, d'enduits diphtériques sur l'amygdale gauche, « sur les piliers du palais et sur la muqueuse de la joue « gauche.

« Au 12^e jour apparurent les premiers symptômes d'une « diphtérie nasale, et avec ces symptômes coïncidait la « nouvelle exacerbation de la température et la fréquence

« du poulx. Toute la cavité nasale était tapissée de membranes grises qui recouvraient jusqu'aux narines. Ecoulement nasal séreux abondant.

« Pendant ce temps, l'état de la malade était devenu très critique. Délire, avec moments de faiblesse pendant lesquels le poulx était à peine perceptible et la malade se laissait aller sous elle.

« Pendant qu'évolue la diphtérie de la gorge et du nez, survenait une chute des membranes du conduit génital. Déjà, au 9^e jour, on voyait les bords des membranes se soulever et au-dessous apparaître la rougeur de la muqueuse.

« Le traitement entrepris, abstraction faite des injections de sérum, consista dans l'administration de boissons alcooliques, d'injections de camphre et d'éther. « Lavage et aspersion des membranes diphtériques du conduit génital, de la bouche, de la gorge et du nez. La malade guérit ».

Bumm considère son observation comme la première publiée avec recherche du bacille de Lœffler.

OBSERVATION XXXVI.

WILLIAMS. *The American. Journ. of. obst.*, août 1898.

Secondipare de 20 ans, ayant accouché spontanément. Les douze premiers jours des suites de couches furent normaux; mais vers le 12^e jour, la malade fut prise de douleurs dans la région vulvaire. Les jours suivants, il y eut incon-

tinence d'urine et le médecin traitant remarqua qu'il existait des fausses membranes grisâtres au niveau de la vulve. Comme l'enfant était mort de diphtérie dans la semaine, on appela le D^r Williams en consultation.

La malade avait une température normale et un pouls à 100. La région vulvo-vaginale était recouverte de fausses membranes gris jaunâtre, les ganglions inguinaux engorgés et douloureux.

A l'examen, on trouva du Lœffler à l'état de pureté. La malade, traitée par le sérum, guérit rapidement.

OBSERVATION XXXVII.

PIASSETZKY. *In thèse* d'Andérodias, St-Petersbourg, 1900.

Grossesse normale. Accouchement régulier à terme. La parturiente se plaint seulement de souffrir dans les parties génitales externes.

L'auteur est appelé le 18 novembre et prescrit de la pommade à la cocaïne. Le 21 novembre, deuxième visite et injections phéniquées à 2 0/0 dans le vagin. La malade continue à éprouver les mêmes malaises, et le 24 novembre on constate de la diphtérie vulvo-vaginale avec fièvre. Ce jour-là, température 39°3, pouls 120. Eruption sur le ventre. Dans la maison, il y avait des diphtériques qui ont visité la malade après son accouchement. Sérum anti-diphtérique. La malade se sent bientôt mieux et, le 3 décembre, entre en convalescence.

OBSERVATION XXXVIII.

FAVRE. *Annales de la Société obstétr. de France*, 1899.

III pare. 26 ans. Accouche d'un enfant bien portant, dans des conditions normales. Le lendemain, sur trois petites plaies à l'entrée du vagin, se trouvaient des fausses membranes dont on fit immédiatement des cultures. Comme traitement, on se servit de tampons à l'eau sulfureuse et d'injections à l'eau alunée 3 fois par jour. Température normale. Au bout de 6 heures de traitement, les fausses membranes tombèrent et les écorchures granulèrent. La diphtérie avait disparu.

L'enfant ne présenta rien de particulier, ni angine, ni croup; et il en fut de même pour la mère.

Le 9^e jour elle se leva et depuis alla bien. D'après les cultures, il s'agissait de bacilles diphtériques et de streptocoques.

OBSERVATION XXXIX.

LOP. *Société obstétric. de Paris*. Février 1904.

Chez la malade dont il s'agit, les frissons avec élévation de température sont apparus 6 jours après l'accouchement.

Des injections intra-utérines bi-quotidiennes, des injections répétées de sérum de Marmorek, les écouvillonnages ne purent avoir raison de cette élévation de température.

Au bout de 18 jours, on trouve sur la face interne des grandes lèvres, sur le vagin et sur le col, des fausses membranes. Deux tubes sontensemencés et le laboratoire de bactériologie fait savoir que les exsudats étaient de nature diphtérique et renfermaient de nombreux bacilles de Loeffler, sans autre association microbienne.

Des injections de 20 cm³ de sérum de Roux furent pratiquées pendant 4 jours. Dès la première, la température baissa de 38°9 à 37°4 et la situation alla en s'améliorant jusqu'au moment de la constatation de la présence des fausses membranes dans le vagin, l'état de l'utérus ne s'était pas amélioré, malgré le curettage et les écouvillonnages.

L'involution utérine s'était arrêtée au moment de l'apparition de l'infection. Donc, 30 jours après l'accouchement, l'utérus était encore abdominal, à près de 12 cent. au-dessus du pubis. L'infection était bien déterminée par du Loeffler, car après les deux premières injections, non seulement la température baissa, mais encore les fausses membranes vulvo-vaginales disparurent et l'utérus commença sa régression pour disparaître dans l'excavation 6 jours après la première injection de sérum.

Aucun cas de diphtérie n'avait été constaté dans le service.

OBSERVATION XL.

FREUND, de Strasbourg. *Centralblatt für Gynecol*, 1905.

Jeune primipare examinée une seule fois avant la rupture des membranes. Accouche normalement.

Suture d'une petite déchirure du périnée au moyen de trois points. Au 3^e jour, 38°2, sans frisson.

Au 4^e, 39°2, et de même les deux jours suivants.

La suture est recouverte d'un enduit grisâtre. On ne constate, ni à ce moment, ni plus tard, aucune inflammation de l'utérus, de son voisinage ou du péritoine.

Ablation de la suture. En même temps, le nouveau-né tombait malade d'une affection ombilicale, et la malade reprenait de la fièvre au 12^e jour : 39°2.

Ce cas devait, semble-t-il, en imposer pour une véritable infection puerpérale. Cependant la plaie périnéale présentait de nouveau un enduit blanchâtre, et la recherche bactériologique révèle la présence de bacilles de Loeffler et de quelques streptocoques.

L'enfant présenta bientôt de la diphtérie dans le nez et la gorge, et mourut.

Chez la mère, on injecta, le 8^e jour, du sérum antidiphtérique et du sérum antistreptococcique 5 fois 20 cm³. Il n'est pas établi que le sérum antistreptococcique ait eu une action bien nette. Le sérum de Behring, par contre, agissait chaque fois rapidement en amenant une détersion de la plaie, et la fièvre tomba pendant 7 jours. Après ces 7 jours survint une nouvelle période fébrile (38°8), qui coïncida avec un érythème dû au sérum antistreptococcique. La guérison survint. Plusieurs parents furent malades de diphtérie en même temps que l'accouchée et traités par le sérum.

L'étiologie de l'infection ne put être clairement établie. Il régnait alors, dans la ville, une grave épidémie de scarlatine et de diphtérie.

OBSERVATION XLI.

(Deuxième observation de FREUND).

Secondipare. Accouche si facilement que le médecin ne peut pratiquer aucune exploration interne. Déchirure du vagin qu'il restaure au catgut. Le lendemain, la malade présente déjà 39°2 et les jours suivants des signes d'infection générale. Freund enlève la suture. Une petite sécrétion se produit, la fièvre disparaît, puis revient sans frisson au 4^e jour. Enduit blanc grisâtre sur la plaie et, dans cet enduit, on trouve des bacilles de la diphtérie presque à l'état de pureté, avec seulement quelques streptocoques. Aucune autre localisation de la maladie n'est apparue. Guérison rapide après quelques injections de sérum de Behring. L'enfant ne fut pas malade. Etiologie tout à fait obscure.

OBSERVATION XLII.

Clinique obstétricale de Lyon. (Professeur FABRE).

Mme X... Agée de 21 ans, entre le 23 décembre 1910 à l'Infirmierie du service, avec le diagnostic d'infection puerpérale.

On ne note rien d'intéressant dans les antécédents héréditaires.

Personnellement, elle n'accuse aucune maladie antérieure.

Elle a été réglée à 11 ans 1/2 irrégulièrement, et avec douleurs.

Mariée à 20 ans, elle n'a pas eu de fausse couche : la grossesse qui vient de se terminer est la première. Ses dernières règles étaient de la fin du mois de mars, du 20 au 25 environ. En dehors de quelques vomissements, elle n'avait présenté aucun trouble particulier.

L'accouchement eut lieu le 20 décembre 1910, à domicile. Il fut, paraît-il, très difficile : deux opérateurs firent successivement trois applications de forceps et ne réussirent pas à amener l'enfant vivant. La malade eut une grosse hémorragie : ce sont là les seuls renseignements qui purent être fournis.

Dès le lendemain de l'accouchement apparut un premier frisson intense, accompagné d'élévation de la température, de vomissements et de maux de reins violents, avec irradiations dans les cuisses.

Au moment de l'entrée dans le service, la malade est extrêmement affaiblie, d'une pâleur intense. Son interrogatoire est difficile, elle répond à peine aux questions qu'elle comprend difficilement. A certains moments, elle ferme les yeux sous l'empire de la fatigue. Si l'on soulève ses bras, ils retombent inertes. L'abdomen est météorisé, mais souple. Le fond de l'utérus est au voisinage de l'ombilic. Constipation opiniâtre. Rétention d'urines.

Du côté de la région vulvaire, on est frappé par l'existence d'un œdème très marqué des grandes lèvres. Il existe, en outre, une large déchirure du périnée non suturée, l'anus est largement béant. Les lèvres de la plaie sont recouvertes d'une sorte de plaque ressemblant à une plaque de sphacèle grisâtre ; cette région dégage une odeur infecte.

La température n'est que de 38°1 ; le pouls à 136, extrê-

niement mou et de faible tension. Il existe, en outre, de la dyspnée.

Le 24 décembre, les symptômes généraux se sont aggravés, sauf peut-être l'obnubilation, qui est peut-être moins marquée ; la dyspnée est intense, 40 respirations à la minute. La température est montée à 40°2, le pouls se maintient à 136. Les pertes vaginales ont diminué. La malade ne se plaint pas du ventre, mais seulement de la vulve. La culture des lochies sur blut-agar a révélé une grande quantité de streptocoques. La culture du sang est négative.

Le 25 décembre, l'état de la malade s'est un peu amélioré : l'obnubilation a considérablement diminué, la dyspnée est en voie de régression, le pouls meilleur et plus tendu à 124. Température 39°6. L'œdème des grandes lèvres est stationnaire, mais on constate nettement que les lèvres de la déchirure vulvaire sont recouvertes de fausses membranes blanchâtres très adhérentes.

Le 27 décembre, la température reste élevée ; il existe de la douleur et de l'enflure au niveau du bras gauche, surtout le long du paquet vasculo-nerveux ; pas d'enflure des articulations. Il y a aussi quelques phénomènes phlébitiques du côté de la jambe droite.

Le 29 décembre, la phlébite qui avait paru menacer la jambe droite a disparu ; par contre, elle reste affirmée au bras gauche, qui reste enflé et douloureux.

Du côté de l'anus, perte des matières par jets ; on essaye de donner un lavement térébenthiné, qui est aussitôt rejeté. La malade présente une euphorie remarquable ; elle se trouve bien, ne se plaint pas, ne souffre qu'au niveau de la région vulvaire. La température reste élevée, la dyspnée toujours marquée.

Le 31 décembre, la malade perd toujours ses matières ; le pouls est rapide, la température élevée, l'état général moins bon.

Le 2 janvier, la phlébite du bras gauche est en voie de régression : il ne persiste qu'une zone d'inflammation localisée autour de la région olécrânienne. Les plaies vulvaires se sont dépouillées et paraissent en voie de réparation, l'œdème a disparu.

Le 3 janvier, la malade a passé une mauvaise nuit. La température et le pouls ont augmenté. Forte obnubilation et somnolence presque continue.

Le 5 janvier, alternatives d'obnubilation et de lucidité : les nuits sont mauvaises, température variant entre 38°8 et 40 ; la dyspnée est toujours marquée.

Ce matin, la malade se plaint de souffrir de la gorge quand elle avale : il existe un certain degré de trismus et l'examen de la gorge montre des fausses membranes sur les amygdales, encapuchonnant la luette et couvrant une petite partie du voile du palais. On prélève une partie de l'exsudat amygdalien pour l'ensemencer.

Le 6 janvier, on note un abcès en voie de formation, un peu au-dessus de la cheville droite, sur le côté externe.

Le 7 janvier, l'état est stationnaire ; on voit cependant apparaître un gros ganglion douloureux, sous angulo-maxillaire droit ; le trismus est plus marqué. Les fausses membranes ont presque disparu sur la luette et les piliers du voile, mais toute la paroi postérieure du pharynx en est recouverte.

L'obnubilation augmente en même temps que la faiblesse et la rapidité du pouls. Epistaxis dans la soirée.

Le 8 janvier, la réponse du laboratoire du service des diphtéries apprend que les fausses membranes renferment du bacille de Lœffler associé à du streptocoque. Nous avons, du reste, pu contrôler cette association du streptocoque par ensemencement sur blut-agar, qui avait donné des colonies résorbantes.

Devant cette constatation, on se hâta de faire un ensemencement des plaques observées au niveau de la vulve, et l'examen ultérieur de ces cultures montra, que là aussi, le Loeffler était en cause.

Malgré l'injection de 20 cm³ de sérum antidiphthérique, la malade mourut dans la journée, avec une faiblesse du pouls de plus en plus grande et une dyspnée de plus en plus marquée, mais sans tirage ni cornage.

CONCLUSIONS

I. — Le bacille de Loeffler est l'agent pathogène unique dans certains cas, relativement très rares, d'infection puerpérale. On peut le rencontrer plus fréquemment dans des formes mixtes, associé au streptocoque pyogène.

II. — Il détermine, au niveau de la région vulvaire, des fausses membranes fibrineuses analogues à celles de la diphtérie buccale. L'examen clinique permet en général de les différencier de celles que le streptocoque détermine habituellement. Dans tous les cas, l'examen bactériologique tranche le diagnostic, surtout dans les formes mixtes, d'un pronostic plus sévère.

III. — La contagion est presque toujours réalisée, d'après les observations, au cours d'une intervention obstétricale pratiquée après avoir donné des soins à des malades atteints de diphtérie.

IV. — La prophylaxie consiste en précautions rigoureuses du côté des mains, des linges, des instruments, et dans l'isolement complet des accouchées.

V. — Le traitement est celui de la diphtérie, c'est-à-dire qu'il consiste dans l'emploi du sérum anti-diphtérique, dès que le diagnostic est établi, ajouté au traitement de l'infection puerpérale due au streptocoque pyogène.

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
FABRE.

Vu :

LE DOYEN,
L. HUGOUNENQ.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 15 Juin 1911.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
P. JOUBIN.

BIBLIOGRAPHIE

- AHLFELD. — Lehrbuch für Geburt. III, Auf 1903. S. 661.
- ANDERODIAS. — Thèse de Bordeaux.
- BUMM. — Über Diphtherie und Kindbettfieber. *Zeitschr. für Geburt und Gynæk.*, 1895, Bd 33, S. 126.
- CROFFI (Neapel). — Diphtherie utero vaginale guérie par la senthérapie. (*Gazz. degli Osped.*, 1897, n° 67).
- Ref. *Centralblatt für Gynækol.* 1898, S. 132.
- ERHARDT et FAVRE. — *Nouvelles archives d'Obstétrique et de Gynécologie*, 1890.
- FABRE et BOURRET. — Réunion obstétricale de Lyon, 16 mars 1911.
- FAVRE. — *Annales de la Société Obstétricale de France*, 1899.
- FREUND. — *Centralblatt f. Gynæk.*, 1905.
- FITZ GÉRALD. — *British. M. J.*, London, 1895.
- GUARRIGUES. — *Boston medical and Surg.*, 1885.
- LONGYEER (Détroit). — Puerperale diphtherie, *Medical news*, 1897, August 21. Ref. *Centralblatt f. Gynækol.*, 1898. S. 132.
- LOP. — *Bulletin Société obst. de Paris*, février 1904.
- LUSK. — *Annual Meeting Washington*, 1885.
- NISOT A. — Puerperale Diphtheritis. *Belgische gesellschaft f. Gyn.* Dez. 1895. Ref. *Heilkunde*, 1898. S. 357.

Bernard OLLIER. — Thèse de Paris, 1905.

PIASSETZKY. — St-Pétersbourg (*In* thèse d'Anderodias).

WIDAL. — Thèse de Paris, 1889.

WILLIAMS. — *The american Journ. of. obst.*, août 1898.
